SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 10 y 4 minutos)

Damos comienzo a la sesión de la Comisión de Salud Pública del Senado diciendo que tenemos el gusto de contar con la presencia, como ocurrió el año pasado, de una becaria del PNUD, la doctora Laura Di Mayo, quien está haciendo práctica y, por ende, vamos a tener su compañía hasta el fin de este Período legislativo.

Dese cuenta de los asuntos.

(Se da de los siguientes:)

SEÑOR SECRETARIO.- "Versión taquigráfica del Edil de la Junta Departamental de Paysandú, señor Ricardo González, de fecha 30 de junio del corriente, relacionada con el Hospital Escuela del Litoral, que ya fue repartida.

Nota de la Junta Departamental de Flores brindando apoyo al planteamiento de la señora Edila Ivonne Lima -Cerro Largo- con relación al 'Día de Acción por la Salud de las Mujeres', que ya fue repartida.

Nota de la Junta Departamental de Soriano adjuntando copia del Expediente caratulado 'Junta Departamental de Paysandú', relacionado con el alto porcentaje de muertes por suicidio, que ya fue repartida.

Nota remitida por CREA -Centro de Rehabilitación de Enfermedades Adictivas- informando a esta Asesora su misión, objetivos y los distintos servicios que ofrece, que ya fue repartida.

Versión taquigráfica de la señora Edila Liliám Espinosa de la Junta Departamental de Canelones relacionada con las personas que padecen de la enfermedad denominada Fibromialgia, que ya fue repartida.

Nota remitida por la Directora del Programa Prioritario Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA -DIGESA- Ministerio de Salud Pública, Socióloga María Luz Osimani, en relación con el 29 de julio 'Día Nacional de lucha contra el SIDA', que ya fue repartida.

Carpeta Nº 581/2006. Comisión Nacional de Bioética. Creación. Proyecto de ley aprobado por la Cámara de Representantes. Distribuido Nº 1070/2006. Ya fue repartido.

Carpeta Nº 595/2006. 'Día Nacional para la Prevención del Suicidio'. Se declara el día 17 de julio de cada año. Proyecto de ley con exposición de motivos de las señoras Senadoras Mónica Xavier, Margarita Percovich, Susana Dalmás y Lucía Topolansky y los señores Senadores José Korzeniak, Leonardo Nicolini, Rafael Michelini, Jorge Saravia, Alberto Breccia, Víctor Vaillant, Alberto Cid, Carlos Baráibar, Enrique Rubio, Eduardo Ríos, Alberto Couriel, Eduardo Lorier y Eleuterio Fernández Huidobro. Distribuido Nº 1082/2006. Ya fue repartido.

Carpeta Nº 598/2006. Administración de los Servicios de Salud del Estado -ASSE-.Descentralización. Mensaje y proyecto de ley del Poder Ejecutivo. Disposiciones citadas. Distribuido Nº 1088/2006.

Nota solicitando audiencia remitida por la Cámara Nacional de Emergencias y Asistencia Extrahospitalaria del Uruguay con el fin de plantear la grave situación que están encarando las empresas de todo el país en relación con el Sistema Nacional Integrado de Salud, que ya fue repartida.

Solicitud de entrevista del doctor José Fernando P. Dora representante de OPS/OMS en Uruguay con el fin de que la Comisión reciba al ingeniero Abel Packer en oportunidad de su visita con

motivo de la realización de la 'Jornada sobre Biblioteca Virtual en Salud -BVS- en la Sociedad de la Información y el Conocimiento', que ya fue repartida".

Ayer ingresó una nota dirigida a la Comisión de Salud de la Cámara de Represententes -que también fue remitida al Senado- sobre el tema de los presos que tienen SIDA y son atendidos en el Hospital Saint Bois. En resumen, las personas que remiten esta nota quieren que estas personas sean internadas en el SEIC, Servicio de Enfermedades Infectocontagiosas.

Informo a los señores Senadores que hay una carta de las madres de los reclusos con HIV, así como también un informe al respecto de la socióloga María Luz Osimani. La nota dice lo siguiente: "Nos referimos a nuestra nota de fecha 7 de mayo de 2006 cuya copia adjuntamos, así como el informe de la Socióloga María Luz Osimani.

Reiteramos que permanece incambiada la negativa del Dr. Mirazzo (director del SEIC) a autorizar la internación del enfermo de SIDA privado de su libertad. Esta negativa no sólo viola sus derechos humanos (a la salud y a la vida) de nuestra Carta Magna, sino que viola la ley antidiscriminación, además de impedir la atención en su centro nacional de referencia y sus mejores especialistas.

Ante esta negativa del Dr. Mirazzo, los portadores de HIV son internados en el Hospital Penitenciario del Saint Bois, donde sufren carencias de toda índole y mueren allí en situaciones aberrantes, incompatibles con el destaque del apoyo a los derechos humanos que hace nuestro Gobierno.

Por lo expuesto reclamamos el derecho a la internación en el SEIC para todos los portadores de HIV privados de su libertad.

Asimismo adjuntamos el anteproyecto de modificación del Art. 8 de la Ley de Humanización de Cárceles" -quiero acotar que no lo adjuntaron- "en el entendido de que la prisión domiciliaria aseguraría su debida atención y derecho a la vida, solicitamos se estudie rápidamente esta propuesta en los ámbitos correspondientes.

Sin más saludamos a Uds. Atentamente.- Firma por madres de reclusos portadores HIV y de reclusos en COMPEN, Clara Pérez Delgado."

A continuación, se adjunta la nota de la socióloga María Luz Osimani, que dice lo siguiente: "Montevideo, 20 de abril de 2006.

Ante la nota presentada a la Ministra de Salud Pública Dra. María Julia Muñoz por los ciudadanos privados de libertad portadores de VIH, con fecha 16 de enero al Programa, reclamando su internación en el SEIC (Instituto de Higiene) y no en el Hospital Saint Bois que es donde actualmente se interna a las personas privadas de libertad que así lo necesiten, el Programa Prioritario ITS/SIDA se comunicó con la Sra. Clara Pérez Delgado, madre de una de las personas que escribieron la carta. Esta señora ha venido procurando a través de diferentes organismos e instituciones, que las personas privadas de libertad portadoras del virus del VIH o que ya se encuentren en etapa SIDA, reciban atención, cuando así lo necesiten, en el SEIC y no en el Hospital Saint Bois. El argumento más fuerte que ella esgrime es el de que allí reciben atención personas enfermas de Tuberculosis con el riesgo que esto implica para personas inmunodeprimidas.

Se le explicó ya en varias oportunidades, que el Hospital Saint Blois, bajo la órbita de ASSE, sigue los parámetros y objetivos de la actual Administración del MSP, de que las personas viviendo con VIH, independientemente de cualquier otra condición, puedan acceder a la mejor atención de su enfermedad, acceso universal al tratamiento cuando así lo requieran.

En el caso concreto de las personas privadas de libertad, el Dr. Estévez, médico del SEIC-ASSE/MSP, es la persona designada para el control y seguimiento de estas personas y el lugar que hasta la fecha se prevé para la internación de las personas privadas de libertad sea un Hospital que tenga condiciones de realizar toda la clínica y paraclínica necesaria, cosa que el SEIC, carece de ella, a la vez que no tiene condiciones de seguridad para la atención de personas privadas de libertad.

La Sra. Clara Pérez Delgado, ha venido ya varias veces y no le conforma la respuesta dada, por lo que es posible que solicite una entrevista en ASSE y con la Sra. Ministra, Dra. María Julia Muñoz.

Sin otro particular saluda a usted atentamente

Soc. María Luz Osimani

Directora

Programa Nacional de ITS/SIDA."

SEÑOR PRESIDENTE.- Me parece que este es un problema típico de resorte del Poder Ejecutivo y no de la Comisión, pues no tiene ninguna injerencia. De manera que tomamos nota y conocimiento de la misma y si algún señor Senador se quiere interesar en forma personal, la nota ya está repartida.

Corresponde ingresar a los asuntos entrados; creo que las notas ya fueron repartidas y muchos de los señores Senadores seguramente ya las han leído. Básicamente, estas notas hacen referencia a temas comunes. Entre ellas, figuran dos solicitudes de audiencia. Una es de la Cámara Nacional de Emergencias y Asistencia Extrahospitalaria del Uruguay y pongo a consideración de la Comisión si los recibimos ahora, teniendo en cuenta que ya ingresó un proyecto de ley de la Administración de los Servicios de Salud, que dice ser el preámbulo del Sistema Nacional Integrado. Este proyecto de ley prácticamente acaba de entrar, pues fue enviado mientras estábamos considerando la Rendición de Cuentas.

La otra solicitud de audiencia tiene relación con el doctor José Fernando Dorá y sobre ella también consulto a los señores Senadores sobre si la Comisión lo recibe.

Habría que confirmar cuándo viene el doctor pero, según me informa Secretaría, visitará nuestro país los días 28 y 29 de setiembre, con motivo de la realización de una jornada de biblioteca virtual.

SEÑOR ANTÍA.- Creo que Secretaría debería estudiar esa posibilidad y luego tendríamos que definir si concedemos o no la otra entrevista.

SEÑOR PRESIDENTE.- Pienso que la Comisión tendría que formar una delegación para recibir a esta persona -como Presidente, es obvio que voy a estar presente- a fin de que nos explique su propósito aunque, en realidad, sería una presentación. Por lo tanto, Secretaría analizará los horarios posibles y en la próxima sesión hablaremos al respecto.

SEÑORA PERCOVICH.- No sé si este año o el pasado ya tuvimos una presentación sobre la biblioteca virtual en salud. Dado que la nota dice "Jornada sobre biblioteca virtual en salud", sería bueno saber si se trata de lo mismo o si es para dar información acerca de lo que se ha avanzado con relación al Uruguay.

SEÑOR CID.- No tengo ningún inconveniente en recibir, ya que hay grupos de personas que solicitan entrevistas muy importantes, pero la cuestión es que cuando la Comisión se dedica a recibir delegaciones, se paraliza el análisis de los proyectos. Entonces, como el Presidente de la Comisión sugiere que se forme un grupo para recibir a los distintos actores, de manera de no obstaculizar el trabajo de la Comisión sobre los proyectos de ley, me quiero ofrecer para formar parte de él, en la medida en que podamos ir priorizando alguno como, por ejemplo, la Comisión Sin Plomo, porque me parece que se trata de un grupo que persiste con mucha preocupación.

Con respecto a la Cámara Nacional de Emergencias y Asistencia Extrahospitalaria del Uruguay, estoy de acuerdo en recibir a esa delegación pero, en ese caso, ya estaríamos definiendo que de estos tres proyectos, vamos a ingresar al relativo al Sistema Nacional Integrado de Salud, que me parece que es uno de los que tenemos que priorizar. Se trata de la descentralización de ASSE, instrumento que necesita el Poder Ejecutivo para empezar los cambios en la salud. Por lo tanto, si los miembros de la Comisión no opinan lo contrario, se podría definir el criterio de que junto con la

recepción de estas emergencias comencemos el tratamiento de proyecto, una vez que acabemos con el relativo al derecho de los pacientes.

SEÑOR PRESIDENTE.- Es evidente que ese es el proyecto que quiere el Poder Ejecutivo y, por lo pronto, no pienso obstaculizarlo; va a llevar su tratamiento, porque seguramente varias delegaciones van a pedir audiencia. Me parece que deberíamos terminar con el proyecto sobre el derecho de los pacientes -estamos bastante avanzados, casi finalizando, después tendríamos que hacer una revisión- pero antes deberíamos referirnos al proyecto sobre el Día Nacional para la Prevención del Suicidio, que es meramente declarativo y lo podríamos resolver ahora mismo, prácticamente sin trámite, para luego continuar con el proyecto de los derechos de los pacientes.

(Apoyados)

Léase el proyecto.

(Se lee:)

SEÑOR SECRETARIO.- "Artículo 1º.- Declárase el 17 de julio de todos los años, 'Día Nacional para la Prevención del Suicidio'.

Artículo 2º.- El señalado día las instituciones educativas de carácter público y privado, así como las Instituciones Públicas que tengan relación con la prevención del suicidio, deberán realizar actividades brindando información calificada y veraz sobre la problemática y su abordaje.

Artículo 3º.- Será obligatoria la capacitación del personal de la salud pública y privada, bomberos y funcionarios policiales en la atención de personas con señales de comportamiento suicida, así como en el abordaje del rescate.

Artículo 4º.- Los medios de comunicación pública contribuirán, según sus posibilidades, a la difusión de información sobre las organizaciones de ayuda a las personas en situación de riesgo, incluyendo ubicación y teléfono de las mismas.

Artículo 5º.- Se promoverá la ubicación de un servicio social de cabinas telefónicas en todo el país en lugares de alta ocurrencia de suicidios."

Este proyecto de ley está firmado por todos los señores Senadores del Frente Amplio.

SEÑOR PRESIDENTE.- En consideración.

Hay un aspecto a tener en cuenta. Normalmente, el 17 de julio está incluido en las vacaciones de julio; esto lo digo por lo concerniente a los centros educativos públicos y privados. ¿Por qué se eligió ese día? De cualquier forma, creo que esta iniciativa se podría votar en bloque, en general y en particular.

SEÑOR ANTIA.- Pido a la Presidencia algunos minutos para leer el proyecto.

SEÑORA XAVIER.- Con respecto a la pregunta del señor Presidente, puedo decir que esto fue aprobado en la Legislatura pasada y que se había propuesto el 16 de julio, pero como coincidía con la fecha de Maracaná, se cambió para el 17. Se buscó, en el año, ubicarla en un espacio en que no hubiese fechas relacionadas a cuestiones de salud.

SEÑOR PRESIDENTE.- No entiendo porqué la Exposición de Motivos dice "sobrevivientes de suicidio"; en todo caso, sería "sobrevivientes de intento de suicidio".

SEÑORA XAVIER.- No, señor Senador, cuando se expresa "sobrevivientes" se alude a familiares, parejas, vecinos y médico tratante de alguien que se suicidó.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, habría que corregir la redacción y decir "los sobrevivientes: familiares, pareja, vecinos, médico tratante, etcétera, de personas que cometieron suicidio".

SEÑOR VAILLANT.- En lo personal, entiendo que alude a un sobreviviente de intento de suicidio.

SEÑORA XAVIER.- No, señor Senador, la disposición refiere al entorno, es decir, si el suicidio se cometió en el ámbito laboral, educativo, etcétera. De acuerdo a donde se comete el suicidio, hay que analizar el entorno que queda afectado.

SEÑOR ANTIA.- Esto había sido aprobado en la legislatura anterior. ¿Hubo cambios?

SEÑORA XAVIER.- No, es el mismo proyecto.

SEÑOR ANTIA.- Entonces, ¿por qué hay que aprobarlo nuevamente?

SEÑORA XAVIER.- Porque todo comienza otra vez en la nueva Legislatura.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar en general el proyecto de ley por el que se declara el día 17 de julio de cada año "Día Nacional para la Prevención del Suicidio".

(Se vota:)

6 en 6. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Corresponde pasar a considerar en particular el proyecto de ley.

Propongo que se voten en bloque los cinco artículos.

Se van a votar en bloque.

(Se vota:)

6 en 6. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

La miembro informante será la señora Senadora Xavier.

Aclaramos que el cambio en la hora de la sesión de la Comisión fue solamente por el día de hoy ya que algunos señores Senadores no podían concurrir en el horario habitual. La próxima sesión se realizará a la hora de siempre.

A continuación, tendríamos que continuar con la consideración del proyecto de ley sobre derechos y obligaciones de los pacientes.

SEÑOR ANTIA.- El criterio que se había establecido fue que, luego de tratar este proyecto, se reciba a la asociación de emergencias, ya que pasaríamos a considerar la iniciativa relativa a la descentralización de ASSE.

SEÑORA PERCOVICH.- Dado que hay tantas solicitudes de audiencia pendientes, sería bueno fijar un día solamente para recibir a todas las delegaciones.

SEÑOR PRESIDENTE.- Primero deberíamos terminar este tema y, considerando que quizás hay delegaciones que quieren plantear asuntos vinculados con el mismo, es razonable recibirlas en la Comisión dejando, las que se refieren a otros asuntos, para una Subcomisión -que tiene un régimen más libre- que sesionaría en fecha a determinar.

SEÑOR CID.- Hay también un pedido de entrevista de la Asociación de Asmáticos.

SEÑOR SECRETARIO.- En la lista de solicitudes de audiencia figuran las de la Asociación de Asmáticos, de los afectados por el plomo de La Teja, de los usuarios oncológicos de la salud privada, de la Asociación de Diabéticos del Uruguay y la de usuarios de servicios de salud del Banco de Previsión Social -es decir, de Asignaciones Familiares- además de la delegación de la Cámara Nacional de Emergencias y de la OPS.

SEÑOR VAILLANT.- Como integrantes de la Bancada de Gobierno tenemos particular interés en aprobar lo más rápidamente posible el proyecto de ley sobre descentralización de ASSE. Naturalmente, ello no lleva implícito evitar el debate o la discusión en la Comisión, sino solicitar colaboración para acelerar el tratamiento del tema. Desde ese punto de vista, como hay solicitudes de entrevistas y algunas tienen que ver con dicho proyecto de ley y otras no -y por lo tanto no tienen esa urgencia- propondríamos recibir a las primeras, postergando las otras en tanto no están vinculadas con la iniciativa que queremos priorizar.

SEÑOR PRESIDENTE.- Así lo habíamos resuelto, señor Senador.

El estudio del proyecto de ley sobre derechos y obligaciones de los pacientes había quedado, si mal no recuerdo, en el literal c) del artículo 18 -que ya fue aprobado- del proyecto de ley reformulado, es decir, del artículo 17 original. ¿Es así, señor Senador Cid?

SEÑOR CID.- Según la información actualizada que nos entrega Secretaría, tengo que se trató hasta el artículo 17, literal d).

SEÑOR PRESIDENTE.- El artículo 17 se consideró en su totalidad y en cuanto al artículo 18, estaba a estudio y se habían propuesto algunas modificaciones.

SEÑOR SECRETARIO.- Lo que el señor Senador Cid tiene en su poder son todos los artículos aprobados con sus respectivas modificaciones. En relación al artículo 18, se empezó a analizar, pero no se definió por completo.

SEÑOR CID.- El problema es que el artículo 17 tiene otros literales como el e) y el f) que no figuran como aprobados.

SEÑOR PRESIDENTE.- Hay una nueva versión que establece que el artículo 17 fue aprobado y que se hicieron algunas modificaciones al artículo 18.

(Intervención del señor Secretario que no se escucha)

SEÑOR CID.- Quiero recordar que el Ministerio de Salud Pública trajo un informe escrito, que fue exhaustivamente presentado, en relación a este proyecto de ley. En dicho informe se planteaba que no se utilizara el término “eutanasia”, aunque tampoco se haría cuestión en el caso de que se incluyera; simplemente consideraron que era un término un poco duro.

SEÑOR PRESIDENTE.- En la sesión anterior de la Comisión se resolvió pedir información a la Comisión de Bioética, pero si no llega tendremos que resolver nosotros y seguir adelante. La intención era contar con alguna otra opinión al respecto.

SEÑOR CID.- De todas maneras no me queda claro si el artículo 18 fue considerado por completo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si el señor Senador lo desea podemos volver a analizarlo, pero, reitero, que la información que tengo es que el artículo 17 fue considerado por completo y que se había llegado hasta el literal c) del artículo 18. También tengo entendido que se habían realizado pequeños cambios en el acápite y en el literal b). Entonces, quizás sería conveniente que leyéramos cómo ha quedado hasta ahora el artículo 18 que se encuentra dentro del Título V, relativo al “Derecho al conocimiento de su situación de salud”. Tal como habíamos convenido, este artículo comienza así: “En todos los casos, salvo que la ley disponga lo contrario, el paciente podrá negarse a recibir información o que la misma le sea suministrada a sus parientes.” Esto era algo sobre lo que se había convenido. Luego continúa diciendo: “Todo paciente tiene derecho a conocer todo lo relativo a su enfermedad. Esto comprende: a) El derecho a conocer la probable evolución de la enfermedad de acuerdo a los resultados obtenidos en

situaciones comparables en la institución prestadora del servicio de salud. b) El derecho a conocer en forma clara y periódica la evolución de su enfermedad que deberá ser hecha por escrito si así lo solicitase el paciente; así como el derecho a ser informado, de otros recursos de acción médica no disponibles en la institución pública o privada donde se realiza la atención de salud.

En situaciones excepcionales y con el único objetivo del interés del paciente, con consentimiento de sus familiares, se podrá establecer restricciones al derecho de conocer el curso de la enfermedad o cuando el paciente lo haya expresado previamente ('derecho a no saber').

Este derecho a no saber puede ser relevado cuando a juicio del médico la falta de conocimiento pueda constituir un riesgo para la persona o la sociedad.

c) El derecho a conocer quien o quienes intervienen en el proceso de asistencia de su enfermedad, con especificación de nombre, cargo y función."

Hasta este punto habíamos quedado de acuerdo con la redacción.

Léase el literal d).

(Se lee:)

SEÑOR SECRETARIO.- "d) A que se lleve un registro escrito o electrónico (historia clínica) completo donde figure la evolución de su estado de salud desde el nacimiento hasta la muerte.

La historia clínica constituye un conjunto de documentos, no sujetos a alteración ni destrucción, salvo lo establecido en la normativa vigente.

El paciente tiene derecho a revisar su historia clínica y a obtener una copia de la misma a sus expensas, y en caso de indigencia le será proporcionada al paciente en forma gratuita (fuente Dec. 258/1992 Art. 42).

En caso de que el paciente cambie de institución o en cualquier otra situación se le entregará copia de la historia clínica, la que deberá tener todos los elementos del original". En este punto se elimina la expresión 'debidamente justificada'.

Continúa diciendo: "La historia clínica será reservada y solo podrá acceder a la misma los profesionales intervinientes y el paciente y en su caso la familia y en su caso el Ministerio de Salud Pública cuando lo considere pertinente.

El revelar su contenido, sin que fuere necesario para el tratamiento o mediare orden judicial o conforme a lo dispuesto en el artículo 18 del texto analizado, hará pasible del delito previsto en el artículo 302 del Código Penal."

SEÑOR PRESIDENTE.- En consideración.

SEÑOR CID.- De acuerdo con la dinámica del tratamiento del proyecto de ley, entiendo que están incluidas las propuestas del Ministerio de Salud Pública con las modificaciones.

SEÑOR PRESIDENTE.- Así es señor Senador.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el literal d).

(Se vota:)

6 en 6. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Léase el literal e).

(Se lee:)

SEÑOR SECRETARIO.- "e) El derecho a que la familia directa -ante requerimiento expreso de la misma- conozca la situación de salud del enfermo y siempre que no medie la negativa expresa de éste.

En caso de enfermedades consideradas estigmatizantes en lo social, el médico deberá consultar con el paciente el alcance de esa comunicación. La responsabilidad del profesional en caso de negativa por parte del enfermo quedará salvada asentando en la historia clínica esta decisión."

SEÑOR VAILLANT.- Me pregunto si en el interés general queda claramente comprendido el interés familiar. Digo esto, porque hay enfermedades que no son contagiosas ni estigmatizantes -entre otras, las enfermedades psíquicas- y el desconocimiento de la misma puede significar un riesgo para la familia que convive con ese paciente. En ese caso, mi interrogante es cómo se actúa. Me refiero, por ejemplo, al caso de un paciente que está bajo un tratamiento psiquiátrico y se le identifican patologías que eventualmente pueden tener derivaciones en su conducta.

SEÑOR CID.- Creo que eso está contemplado en el artículo cuando dice: "Este derecho a no saber puede ser relevado cuando a juicio del médico la falta de conocimiento pueda constituir un riesgo para la persona o la sociedad".

SEÑOR VAILLANT.- Sí, pero se refiere al paciente.

SEÑOR CID.- Pero se le está dando una proyección para que cuando haya un riesgo para la sociedad se pueda actuar de esa forma. Por otra parte, la existencia de algunas enfermedades se comunica en forma obligatoria al Ministerio de Salud Pública sin que medie ninguna autorización de nadie. Tal es el caso de la hepatitis, neumonía y todo ese tipo de patologías.

SEÑOR VAILLANT.- De todos modos, en el caso de una persona psicópata que no quiere que se comunique a sus familiares que posee esa enfermedad, de acuerdo a este proyecto de ley, el médico no lo puede comunicar.

SEÑOR CID.- No sé si ese caso está específicamente señalado.

SEÑOR PRESIDENTE.- Precisamente, en el acápite agregamos: "En todos los casos, salvo que la ley disponga lo contrario, el paciente podrá negarse…" ¿Qué se quiere decir con "salvo que la ley" disponga lo contrario? La ley puede ser ésta u otra, pero se establece que eso vale para todos los casos. Dicho de otra forma, todos estos derechos están sujetos a lo que establezca la ley; si dispone lo contrario o le da una vía de salida, ese caso queda fuera.

Puede ser válido incluir dentro del término sociedad a los familiares directos para que quede más explícito. Me estoy refiriendo al literal b) del artículo que al final dice: "Este derecho a no saber puede ser relevado cuando a juicio del médico la falta de conocimiento pueda constituir un riesgo para la persona o la sociedad." Quizás podemos modificar la redacción y poner "la persona, sus familiares o la sociedad". No sé si la palabra correcta es "familiares", porque puede tratarse de gente que vive con ellos.

SEÑOR CID.- Un enfermo menor puede estar a cargo de una persona que no es su familiar.

SEÑORA XAVIER.- No podemos comenzar a discutir las variantes de familias.

SEÑOR VAILLANT.- Podría decir: "el entorno afectado".

SEÑORA XAVIER.- De esa forma se está caracterizando.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, el inciso segundo del literal b), quedaría redactado de la siguiente manera: "Este derecho a no saber puede ser relevado cuando a juicio del médico la falta de conocimiento pueda constituir un riesgo para la persona, su entorno directo o la sociedad". Creo que de esta forma queda salvada la observación realizada por el señor Senador Vaillant.

SEÑOR VAILLANT.- A mí me queda la duda de si cuando decimos “derecho a no saber” se incluye a los que se quiere involucrar, es decir, a los familiares. Digo esto, porque el derecho a no saber es un derecho que se le reconoce al paciente y aquí no estamos hablando de que el paciente no sea informado, sino de que sus familiares directos deban ser informados. Estas son dos cosas distintas.

Concretamente, el artículo al que estamos haciendo referencia y que estamos modificando, dice relación con el derecho que tiene el paciente de negarse a saber y aquí de lo que se trata es, justamente, del derecho de los familiares o de su entorno directo, a conocer aquellos casos en los que la patología que padece la persona pueda considerarse no estigmatizante, pero sí riesgosa para la familia.

SEÑOR PRESIDENTE.- Propongo que se deje tal como está.

Habría que votar, entonces, la modificación introducida al inciso final del literal b) del artículo 18.

SEÑOR VAILLANT.- Considero que es innecesario hacerlo, porque esta modificación no contempla el planteo que realicé, puesto que aquella refiere exclusivamente al derecho del paciente a ser informado y mi preocupación iba en otro sentido.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, pasamos a votar el literal e) tal como está redactado.

(Se vota:)

6 en 6. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

En consideración el texto actual del literal f) del artículo 18 que expresa: “El derecho a decidir con antelación y por escrito si está de acuerdo o no que en situaciones donde la ciencia médica piense que ya ha agotado las posibilidades terapéuticas de mejoría o curación y esta situación está claramente consignada en la historia clínica, el médico tratante imparta la indicación de no reanimar decisión que será comunicada a la familia directa del paciente”.

Propongo que luego de la palabra “reanimar” se incluya una coma y que, en lugar de decir “esta situación está claramente consignada”, se establezca “esta situación esté claramente consignada”. Quiere decir que se agregaría una coma después de la palabra “reanimar” y antes del vocablo “decisión” y se cambiaría el tiempo verbal.

SEÑOR CID.- Considero que la redacción original del literal f) resulta más clara.

SEÑOR PRESIDENTE.- Solicito que por Secretaría se dé lectura al literal f) en su redacción original.

SEÑOR SECRETARIO.- El literal f) original dice: “A que, en situaciones donde la ciencia médica haya agotado las posibilidades terapéuticas de mejoría o curación esta situación esté claramente consignada en la historia clínica, constando a continuación la orden médica: ‘No Reanimar’ impartida por el médico tratante, decisión que será comunicada a la familia directa del paciente”.

SEÑOR PRESIDENTE.- Más allá de la redacción, existe una diferencia conceptual, porque acá se estaría incluyendo el derecho a decidir con antelación, que no está en el texto original.

SEÑOR CID.- Lo que sucede es que estaríamos ingresando en un proyecto de ley de otra naturaleza, porque se estaría abordando el tema del testamento vital, que es algo diferente. Aquí el que está decidiendo con antelación y por escrito es el paciente. Entonces, ese es un testamento vital y en ese sentido ya se ha presentado un proyecto de ley en la Cámara de Representantes. La diferencia con el artículo original es una situación clínica bien concreta, que es la necesidad de no agraviar al paciente enfermo cuando no tiene sentido; estamos hablando de una expresión que se maneja hoy día, que es la de la futilidad terapéutica o la distanasia. Ese es el alcance de este literal; no pretende introducirse en el tema del testamento vital, que es mucho más complejo. Acá no se dice cómo se hace con antelación y por escrito, no se dice frente a quién, si ante un escribano público, ante su familia o su médico tratante.

Creo que el literal f) tiene un alcance muy peligroso. A mi criterio, no deberíamos incluir el tema del testamento vital en el de este derecho.

SEÑORA PERCOVICH.- Francamente, debo decir que me surgen algunas dudas, en virtud de que este capítulo trata sobre los derechos del paciente y así ha venido siendo refrendado en cada uno de los literales.

La duda concreta radica en cómo expresar ese derecho, o sea, cómo puede quedar más claramente establecido. Creo que eso es lo que intentó hacer el Ministerio de Salud Pública -pero pasando a otro tema- cuando expresa que el médico, agotadas las posibilidades terapéuticas, etcétera, puede tomar la decisión. Entonces, ¿cuál es el derecho del paciente?

SEÑOR CID.- El derecho del paciente es, justamente, el que recién señalamos: a que no se actúe en función del concepto de distanasia o de futilidad terapéutica. El derecho del paciente es que no se proceda más de esa manera cuando no tiene sentido. Ese es el derecho que se pretende defender, así como el de la sociedad a que no se dilapiden los recursos. Por eso el médico tiene la obligación de poner en la historia clínica, cuando considera que ya no existe posibilidad de mejoría o curación, la orden de no reanimar. Eso debe ser así, porque el médico tratante hace el seguimiento al enfermo, lo ve todos los días, realiza las indicaciones, evalúa su evolución y registra todo en la historia clínica. Pero muchas veces, frente a un paro cardíaco, quien reanima no es el médico tratante, sino un intensivista, un médico de piso o un residente que es llamado en forma circunstancial y que no conoce la situación del enfermo. Entonces, en esos casos, cuando no hay indicación médica y existen dudas razonables, se lo reanima; o sea, cuando no se conoce la historia clínica, se reanima al paciente. Y ahí se produce una agresión, porque se está haciendo algo innecesario, con el consiguiente daño a la sociedad, puesto que muchísimas veces la reanimación termina en terapia intensiva.

SEÑOR VAILLANT.- Comparto los fundamentos, comparto lo que se quiere expresar, lo que se pretende establecer como norma; sin embargo, no comparto que podamos calificar esto -así como está redactado- como un derecho del paciente. En todo caso, este sería un derecho del médico. Cuando uno establece que alguien tiene un derecho, ese alguien debe tener la posibilidad de ejercerlo. Y de la misma manera en que hay un paciente que siente que no quiere ser reanimado, puede haber otro que se aferre tanto a la vida que quiera que se lo reanime de cualquier forma.

Entonces, entiendo claramente lo que se quiere expresar y comparto lo que pretende el señor Senador Cid; pero reitero que la redacción original, en el fondo, está estableciendo un derecho para el paciente aunque no le brinda la posibilidad de ejercerlo, sino que la delega en el médico.

Creo que el Ministerio de Salud Pública trata de subsanarlo, justamente, con la nueva redacción -esa es la impresión que tengo luego de leerla ahora- esto es, que la decisión sea adoptada por el propio paciente y consignada cuando naturalmente pueda hacerlo, de modo que no quede librada exclusivamente al médico. Se trata de que el ejercicio de ese derecho se establezca como del paciente y no del médico.

Además, esa no es la única diferencia que encontramos en la redacción dada a este inciso por el Ministerio de Salud Pública, ya que también hay otra en la que se cambia el concepto. En el texto original del literal f) se hablaba de la constatación de que la “situación esté consignada claramente en la historia clínica” y en el del Ministerio se hace referencia a que “la ciencia médica haya agotado las posibilidades terapéuticas” -esta es una afirmación- mientras que en la nueva redacción se alude a cuando “la ciencia médica piense que ya ha agotado las posibilidades terapéuticas”. No se trata de una diferencia menor, porque deja la situación a la interpretación del médico, quien puede “pensar” que se han agotado las posibilidades terapéuticas, pero quizás no sea así realmente. Es decir que se da al médico otra posibilidad. Insisto en que no es una diferencia menor la que hay entre decir “que ha agotado” y “piense que se ha agotado”, porque entre “pensar” y “haberse agotado” están ni más ni menos que el conocimiento y la información, en este caso, del profesional. El haberse agotado es una constatación que no admite dudas; por lo tanto, una cosa es que el médico “pensó que no se había agotado” y otra es que “sí se había agotado”. Entonces, me da la sensación de que con la inclusión de la palabra “piense” se está protegiendo más al médico.

SEÑOR CID.- El término “piense” es introducido en la redacción dada por el Ministerio de Salud Pública.

SEÑOR VAILLANT.- Exactamente, señor Senador. Por eso señalo que se trata de una diferencia que no es menor. No estoy diciendo que sea incorrecta, pero me parece importante analizarla. El Ministerio de Salud Pública está planteando una diferencia al sustituir la afirmación definitiva y terminante "que se ha agotado" por "piense que se ha agotado". Vuelvo a insistir en que ello no es menor desde el punto de vista de las consecuencias respectivas.

SEÑOR CID.- Por ese motivo soy defensor de la redacción original porque, precisamente, me parece que es más categórica.

SEÑORA XAVIER.- Creo que el debate que se ha generado en torno a este tema es porque puede haber otro tipo de derivaciones que también queremos saldar legalmente, pero que no podemos incluir a todas en un artículo. Entiendo perfectamente el sentido de la redacción original del señor Senador Cid. Creo que es un derecho que tenemos que, en caso de que no exista ningún marco previo de voluntad del paciente, éste no puede ejercer por sí mismo el derecho, pero quien lo está atendiendo tiene la obligación de respetarlo no haciendo con dicho paciente futilidad terapéutica. Por tanto se convierte en un derecho, aunque en ese momento él no tenga la posibilidad de estar decidiendo o expresándolo y no haya ningún elemento previo que así lo consigne.

Advierto que lo que plantea el artículo es muy frecuente en la realidad cotidiana; es más, creo que hay que diferenciarlo de testamento vital y de toda la regulación que habrá que hacer con relación a ese tema, porque no está incorporado en esta redacción. Este artículo es para que el médico reconozca que el paciente tiene derecho a que con él no se pueden seguir realizando determinadas maniobras, porque es absolutamente inhumano o degradante, más allá de todos los costos sanitarios que esto tiene, que es un segundo plano de la situación. Es claro que se respalda indirectamente al profesional. El hecho de que esté en un marco legal si a juicio del médico, el estado del arte de la ciencia lleva a que volver a intentar una reanimación sería absolutamente ineficaz, también se convierte en una protección al profesional. Sin embargo, eso no quita que el paciente tiene derecho a que el entorno profesional que lo trate respete esa decisión que él no pudo expresar en su momento, pero que sería la más correcta. Reconozco que lo que plantea el señor Senador Vaillant con relación a lo categórica que puede ser la redacción original dada por el señor Senador Cid en el caso de que la ciencia médica haya agotado sus recursos, deja un cierto margen de duda y creo que podría haber un matiz. Una posible redacción podría ser que si a juicio del profesional actuante la ciencia no brinda otras posibilidades de mejoría, debería hacerse tal cosa. Reitero que tendríamos que buscar matices, porque siempre va a estar presente la valoración, el conocimiento del profesional y el juicio que haga ante determinada situación. A mi juicio, sobre este tema es muy difícil llegar a una redacción categórica y tajante porque, incluso, no podemos negar que, por ejemplo, las posibilidades que tiene una persona de ser tratada en Villa Ansina no tienen comparación con las que puede tener alguien que está siendo atendido en el CTI del Hospital de Clínicas. Entonces -siguiendo con el ejemplo anteriormente mencionado- de acuerdo con las posibilidades reales de aplicación del conocimiento de la ciencia, lo que se puede hacer por ese paciente será tomar tal o cual decisión. Insisto en que esto admitiría un matiz que incluiría no sólo el avance de la ciencia, sino el juicio que necesariamente hará el profesional de acuerdo con las posibilidades tanto materiales como de conocimiento que tenga.

SEÑORA PERCOVICH.- Tengo la sensación de que ya hemos hablado sobre este tema desde otro punto de vista en el artículo 11. En esta disposición se establecen derechos en general, aunque ahora específicamente estemos hablando del derecho de los pacientes. De todas maneras, creo que todo esto está mezclado y tendríamos que darle otra lectura. Para mí en el artículo 11 se establece esta situación, aunque no en forma específica como sí ocurre en esta disposición. Allí también se establece que quede la debida constancia en la historia clínica en los casos en que el médico por determinada razón tenga que tomar una decisión y quizás aquí habría que especificarlo mejor. Digo esto, porque me da la impresión que vamos y venimos sobre este tema y terminamos confundiendo lo que son los derechos del paciente consciente y los del médico o el equipo sanitario, de tomar decisiones cuando el paciente no lo puede hacer. Con respecto a esto último ahí sí, dentro de las obligaciones del médico, está la de dejar constancia en la historia clínica de cada uno, las decisiones que se toman. Como ya se lo comenté al señor Senador Cid, creo que el manejo de algunos conceptos dificulta la toma de decisiones.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, dejaríamos pendiente el literal f), a la espera de que la señora Senadora Xavier aporte su redacción.

SEÑORA XAVIER.- Con gusto, señor Presidente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Léase el literal g).

(Se lee:)

SEÑOR SECRETARIO.- "Literal g).- Conocer previamente, cuando corresponda, el costo que tendrá el servicio de salud prestado, sin que se produzcan modificaciones generadas durante el proceso de atención. En caso de que esto tenga posibilidad de ocurrir será previsto por las autoridades de la institución o los profesionales actuantes."

SEÑOR PRESIDENTE.-En consideración.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el literal g).

(Se vota:)

6 en 6. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Léase el literal i).

(Se lee:)

SEÑOR SECRETARIO.- "i) Aceptar o rechazar los tratamientos propuestos, en cuyo caso, o a solicitud del médico, deberá firmar un documento si acepta o no, aplicándose en lo pertinente los criterios y procedimientos expresados en el artículo 12 de la presente ley, el sentido que estime salvo en los casos de urgencia y emergencia, con riesgo vital donde se estará al criterio del profesional actuante."

SEÑOR PRESIDENTE.- En consideración.

Si los señores Senadores me permiten, quiero aclarar que esto ya está contenido en el artículo 11, que dice: El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica -tal como lo redactamos nosotros- y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud.

Después dice o, en realidad, empezaba: "Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de la salud. La autorización del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignada en la historia clínica", etcéra.

Como dije antes, está todo contenido en este artículo. Entonces, lo que correspondería sería eliminar el literal i).

(Apoyados)

En consecuencia, queda eliminado el literal i).

Léase el artículo 19.

(Se lee:)

SEÑOR SECRETARIO.- "Art. 19.- Toda historia clínica, debidamente autenticada, en medio electrónico constituye documentación auténtica y como tal, será válida y admisible como medio probatorio.

Se considerará autenticada toda historia clínica en medio electrónico cuyo contenido esté validado por una o más firmas electrónicas mediante claves u otras técnicas seguras, de acuerdo al estado de la tecnología informática. Se aplicará a lo dispuesto en los artículos 129 y 130 de la Ley 16.002, de 25 de noviembre de 1998, artículos 695 inciso 3º y 697 de la Ley 16.736, de 5 de enero de 1996 y el artículo 25 de la Ley 17.243, de 29 de junio de 2000".

SEÑOR PRESIDENTE.- En consideración.

SEÑOR CID.- Este texto fue elaborado en base a una idea del ex Senador García Costa, que introdujo estas referencias a la normativa vigente. Nos hizo esa sugerencia como abogado y las aceptamos, pero…

SEÑOR PRESIDENTE.- Si me permite, señor Senador, las referencias a la Ley tienen, todas, relación con la evolución de la normativa electrónica.

A continuación, para un mayor entendimiento, voy a leer la Nº 16.736, de 5 de enero de 1996, que dice que los trámites y actuaciones que conforman el procedimiento administrativo así como los actos administrativos podrán realizarse por medios informáticos. Agrega que su validez jurídica y valor probatorio serán idénticos a los de las actuaciones administrativas que se tramiten por medios convencionales. La firma autógrafa podrá ser sustituida por contraseñas o signos informáticos adecuados. La documentación emergente de la transmisión por medios informáticos o telemáticos constituirá por sí documentación auténtica y hará plena fe, a todos sus efectos, en cuanto a la existencia del original transmitido. El que voluntariamente transmitiere un texto del que resulte un documento infiel, adultere o destruya un documento almacenado en soporte magnético, o en su respaldo, incurrirá en los delitos previstos por los artículos 236 a 239 del Código Penal, según corresponda.

Luego, la Ley Nº 17.243 -primera Ley de Urgencia de la Administración pasada- dice: Autorizase en todo caso la firma electrónica y la firma digital, las que tendrán idéntica validez y eficacia a la firma autógrafa, siempre que estén debidamente autenticadas por claves u otros procedimientos seguros, de acuerdo a la tecnología informática. Este concepto se repite en este artículo que estamos considerando. Obviamente, cambió mucho la tecnología durante estos dos años. Más adelante agrega que la prestación de los servicios de certificación no estará sujeta a autorización previa y se realizará en régimen de libre competencia, etcétera.

Creo que el artículo es correcto; no hay observaciones.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 19.

(Se vota:)

6 en 6. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

A continuación, retomamos la consideración del literal f) del artículo 18.

SEÑORA XAVIER.- Reconociendo que hay diferencias entre lo que puede ser la voluntad de los Legisladores integrantes de la Comisión y dejando constancia de que lo que estamos votando es la propuesta que originalmente hizo el señor Senador Cid, me parece que se salvaría la segunda parte que planteaba el señor Senador Vaillant y no la primera, que es si se puede considerar un derecho el que el médico ejerza en ese momento la representación que el propio paciente no puede manifestar. Eso queda para la valoración de cada uno.

El segundo componente que se planteaba queda salvado si ponemos, entre guiones, "-a juicio del médico tratante-", de forma tal que quedaría así: "… en situaciones donde la ciencia médica -a juicio del médico tratante- haya agotado las posibilidades …", de manera que refleje que la ciencia ha llegado a determinado estado, pero que el profesional con sus conocimientos y posibilidades pueda evaluar que no puede hacer más sobre este paciente. Me refiero al proyecto original.

SEÑOR CID.- Parto de la base de que queda a juicio del médico tratante.

SEÑOR PRESIDENTE.- La redacción original expresa: "A que, en situaciones donde la ciencia médica haya agotado las posibilidades terapéuticas de mejoría o curación," y, aquí haría una pequeña modificación, "estando tal situación claramente consignada en la historia clínica,"digo esto porque como el médico tratante ya opinó y la firmó, para mí es redundante poner "a juicio del médico tratante", "constando a continuación la orden médica: 'No Reanimar' impartida por el médico", etcétera. Repito

que dado que está claramente consignado en la historia clínica, el médico tratante ya tomó partido y dijo que no había nada más por hacer.

SEÑORA XAVIER.- No hago cuestión de la redacción. Simplemente quería ayudar a que sobre este artículo hubiera más consenso. Pero si los que estamos presentes consideramos que alcanza con la redacción dada, voto la original, porque entiendo que el segundo componente, que es el más profundo en el debate, no se salda en este artículo. Es decir que lo voto con la redacción original.

SEÑOR PRESIDENTE.- Propongo un pequeño cambio en la redacción original, porque me parece que queda más claro. Diría así: "A que, en situaciones donde la ciencia médica haya agotado las posibilidades terapéuticas de mejoría o curación, estando tal situación claramente consignada en la historia clínica".

Después, todo el texto sigue igual. Me parece que siempre esto queda a juicio del médico.

Entonces, votaríamos esta redacción.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota:)

5 en 5. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Pasaríamos a considerar el artículo 20, correspondiente al 19 del proyecto original.

Léase.

(Se lee:)

SEÑOR SECRETARIO.- "Art. 20.- Es de responsabilidad de los Centros de Asistencia de la Salud dotar de seguridad a las historias clínicas electrónicas y determinar las formas y procedimientos de administración y custodia de las claves de acceso y demás técnicas que se usen.

El Poder Ejecutivo podrá determinar criterios uniformes de las historias obligatorias para todos los Centros de Atención de la Salud."

SEÑOR PRESIDENTE.- Tengo una duda.

Me parece que el primer inciso del artículo está bien, es correctísimo. Pero me parece que en el segundo inciso, que expresa que el Poder Ejecutivo podrá determinar criterios uniformes de las historias obligatorias, en realidad, se plantea un tema de tecnología.

SEÑOR CID.- No sólo eso, sino también un criterio de generalizar cómo se implementa la historia clínica en determinadas situaciones.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se trata de uniformizar las historias clínicas.

SEÑOR CID.- Efectivamente, con el fin de que exista la potencialidad de comparar, incluso, los resultados que se tienen en determinadas patologías.

Ahora bien, no sé por qué García Costa le agregó la expresión "historias obligatorias"; no sé qué alcance se le quiso dar cuando se señala que esas historias son obligatorias. Me parece más apropiado que el inciso diga: "El Poder Ejecutivo podrá determinar criterios uniformes de las historias para todos los Centros de Atención de la Salud".

SEÑORA XAVIER.- La historia clínica es obligatoria. Habría que poner "historias clínicas".

SEÑOR PRESIDENTE.- Si se me permite, quiero decir que entiendo que en el tema debe haber como un formato de historia clínica mínimo. Tal vez por aquí está el sentido de la palabra “obligatorias” que se incluyó. En realidad, puede haber Centros que digan que quieren algo más que esto. Entonces, la formalidad puede llevar a solicitar requisitos mínimos, pero, por encima de ellos, pueden hacer lo que deseen. No creo que haya innovación alguna, no obstante algún Centro puede solicitar determinadas requerimientos, porque a partir de ellos logra obtener, por ejemplo, cierto estudio para luego hacer un seguimiento.

Esto es una cosa; lo otro tiene que ver con la plataforma tecnológica y con el intercambio de información. Me parece bien que sea intercambiable, lo que no quiere decir que todos tengan la misma, ya que puede ser convertible a determinada plataforma. Son dos cosas distintas porque, de lo contrario, estaríamos diciendo que la única plataforma que se acepta es ésta y se nos presentaría el problema de que estaríamos ante un monopolio de la plataforma del medio electrónico, dado por una regulación pública.

Reitero que, a mi juicio, son las dos cosas que creo que hay que contemplar en la redacción del inciso segundo, ya que el primero no tiene ningún cambio.

Si los señores Senadores me permiten, para la próxima sesión del martes siguiente me comprometo a redactar nuevamente este inciso segundo teniendo en cuenta estas dos precisiones: que la plataforma sea intercambiable o convertible a una plataforma dada y el formato mínimo de historia clínica obligatorio.

De ser así, dejamos esto pendiente, nos damos una semana para poder leer todo y las cosas que no se aprobaron creo que se podrán votar una vez que hayamos hecho una lectura completa.

Se levanta la sesión.

(Así se hace es la hora 11 y 36 minutos)